

## TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLICADOS.

En buena lógica, este tratamiento es indiscutible: en presencia de un útero prolapsado canceroso, fibro-miomatoso, gangrenado ó infiltrado por supuraciones pélvicas, el prolapsus mismo se considera como de segundo orden, y la intervención del Cirujano se dirige más directamente á la complicación.

Nadie piensa en negar que sólo una indicación formal existe en semejantes circunstancias: la extirpación del útero caído y complicado. Es decir, la *histerectomía*.

## DISCUSION CLINICA.

Hemos estudiado los principales conocimientos que sobre la etiología, patogenia y tratamiento de los prolapsus genitales, interesa conocer al médico ginecólogo. Hemos obtenido una suma de conocimientos que, aunque pequeña, nos permite analizar en la imaginación el desenvolvimiento de los fenómenos que conducen á la caída del útero y el planteamiento de las condiciones esenciales á la reintegración de la estática pélvica y al sostenimiento de ella.

Vamos, ahora, con nuestro caudal de conocimientos, á buscar las aplicaciones de ellos; vamos á estudiar las enfermas, procurando utilizar para la verdadera terapéutica clínica, los datos de Patología que hemos obtenido, sin olvidar que nuestra misión investigadora ha cesado, y que en el momento presente no tenemos más mira que curar á nuestras enfermas, procurando hacerlo con los menores peligros posibles y con las mayores probabilidades de éxito.

Nos hallamos en nuestra Clínica, y la enferma que estudiamos tiene un prolapsus genital completo.

Desde luego el primer punto que se nos ocurrirá tratar será el siguiente:

*¿El padecimiento de esta enferma es de aquellos que reclaman imperiosamente una intervención terapéutica, ó bien puede abandonarse á los esfuerzos propios de la Naturaleza? ¿Esta mujer*

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

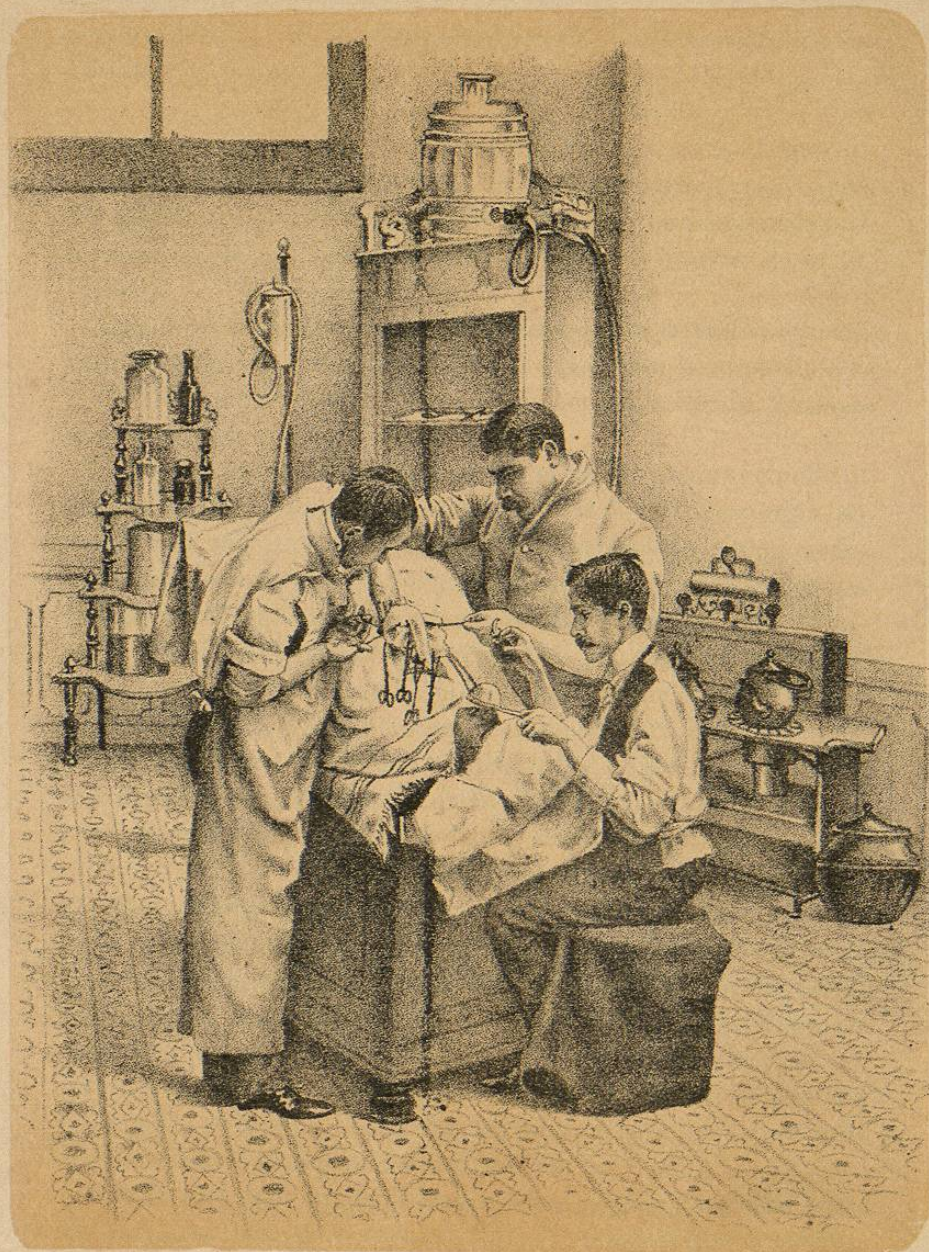


Fig. 46 Disección del uréter izquierdo en una histerectomía, por quistes wolfianos bilaterales muy adherentes.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA



*tiene una afección compatible largo tiempo con la vida, que le permita huir de los riesgos y peripecias de una intervención sangrienta?*

Verdaderamente el prolapsus genital es una afección que no pone directamente en peligro la vida, que se adapta bien á todas las exigencias de los órganos principales y que es conciliable por muchísimo tiempo, con la regular y normal evolución de la vitalidad.

Abandonado á sí mismo no cura jamás, no retrocede espontáneamente nunca, y tiende sin cesar á agravarse; pero puede, bajo la influencia de ciertos recursos, detener su evolución, y amenazar sus efectos.

Desgraciadamente, si el prolapsus genital en algunas condiciones se beneficia con los pequeños recursos de la Ginecología, en cambio, en otra multitud de ellas, sufre accidentes, complicaciones ó traumatismos, que lo transforman en el más temible de los males y en el más traidor de los padecimientos.

En efecto, ese útero colgante y móvil, esa vagina invertida, mal nutrida y sufriente, se hallan sin defensa al alcance de todos los agentes lesionantes del exterior, desde el sutil y virulento microbio, hasta el voluminoso y lesionante cuerpo extraño; desde la causticidad y acritud de la orina que lo baña, hasta la influencia destructora de los agentes físico-químicos exteriores.

Durante la marcha, la enferma lo sacude con el roce de sus muslos, lo hincha con la presión sanguínea, lo contamina con los polvos del camino, lo comprime si se sienta, lo estira si se esfuerza, lo aplasta ó desgarran si tropieza ó si se cae. Y esa escoriación de la vagina, esa herida pequeñita ó esa desgarradura imperceptible, son un foco de infección: los tejidos se contaminan, el órgano se ulcera y toda la tremenda corte de los despulimientos epiteliales, se instala en ese órgano mal nutrido, peor innervado y condenado á su repentina destrucción.

Que la vida es compatible largos años con un prolapsus genital, es innegable; ¿pero se puede llamar vida á la que arrastran algunas de esas enfermas infelices?

La mujer á quien su buena posición le permite el reposo y la quietud, la señora que puede pasar muchos días en una cama ó muchos meses en un sillón, por sus dolores constantes, por su fatiga tenaz, por sus trastornos digestivos y nerviosos, no tolera mucho tiempo el desequilibrio de su pelvis y busca al fin el término de sus molestias. Estas pueden desaparecer mediante



el empleo de pequeños aparatos de prótesis ó por intermedio de ciertas operaciones sencillas y fáciles.

Pero la mujer que privada del socorro de la posición social elevada, tiene la imprescindible necesidad de buscar los recursos primos para su vida por trabajos corporales más ó menos rudos; la que tiene bajo su estricta laboriosidad el sustento y abrigo de su familia, la que no puede estar uno ó dos días tranquila en su cama, sin sufrir grandes perjuicios, esa, sufre con el prolapsus genital, no solamente una causa de peligros y de accidentes, mucho mayor que en las otras mujeres de vida sedentaria, sino una afección que la imposibilita para el trabajo, que le impide ganar el alimento diario y que es, indirectamente, poco compatible con la vida.

En las primeras mujeres, en las acomodadas y ricas, un pesario ó un histeróforo correctamente colocados y cuidados con esmero, podrán paliar los accidentes, y aun presentándose éstos, el reposo debido en el lecho y los cuidados profesionales del médico, podrán combatirlos con oportunidad; pero en las segundas, en las que trabajan para vivir, el uso de esos instrumentos se hace casi imposible, y aun suponiendo que estas mujeres los soportasen, sus ocupaciones mismas les impedirían atender con el cuidado debido su vagina, y obtendrían con el pesario ó con el histeróforo, en vez de agentes de alivio, nuevos focos de peligros y de complicaciones.

En resumen: la existencia de un prolapsus genital, aun cuando no ponga en peligro la vida, por sí mismo, es una indicación constante de intervención quirúrgica, que será necesaria unas veces é indispensable otras; pero que nunca deberá sustraerse á la acción terapéutica de los cirujanos ginecólogos.

Pasemos ahora á este otro punto:

*¿Qué edad tiene nuestra enferma?*

Las investigaciones en este sentido tienen para el Clínico gran importancia. En efecto, sus conclusiones y sus indicaciones, variarán según que la mujer esté aún en la vida sexual ó que esté en los límites de la menopausa ó dentro de ella.

La importancia de la preñez es tal, que desde luego en las mujeres que menstruan se procurará huir de todos aquellos métodos que puedan causar esterilidad ó que ocasionen peligros graves para la gravidez ó el parto. Está demasiado sabido, que el

prolapsus genital no es un inconveniente para la concepción, y que todo el período de ella puede evolucionar normalmente, no obstante el estado irregular de los órganos pélvicos.

De los prolapsus en las niñas recién nacidas, casi no debemos ocuparnos: son todos fenómenos más bien teratológicos, que de Ginecología pura. Los accidentes nerviosos que los acompañan hacen difícil la viabilidad, y su tratamiento es meramente higiénico y de protección.

La extrema rareza del prolapsus en las vírgenes, nos autoriza á tratar muy ligeramente este punto: el estudio de la patogenesia y de la etiología de ellos, es el estudio de su tratamiento. No nos ocuparemos más de esto.

Así, nuestro estudio se basará principalmente en estos puntos cardinales: ¿la enferma es una mujer susceptible de concebir y de parir, ó no lo es?

Este es el punto que debe resolverse.

Preciso se hace acompañar á la averiguación de la edad, el reconocimiento atento de todo el aparato genital de la mujer, hasta obtener la seguridad de que no existe ninguna lesión uterina, tubaria ú ovárica, que modifique el dato obtenido por la edad.

Hecha esta división de las enfermas, en los grupos de fecundables y de no fecundables, pasamos á este otro punto:

*¿Qué antecedentes genitales, puerperales ó extra-puerperales, qué antecedentes genitales hereditarios y cuántos partos, buenos ó distócicos, ha tenido esta mujer?*

La importancia de los embarazos anteriores es esencial en la historia de estas enfermas: averiguaremos cuántos hijos ha tenido, á qué edad tuvo el primero y cuánto tiempo ha transcurrido desde el último; procuraremos insistir en la investigación del modo de ser de sus alumbramientos, del cuidado que recibió durante ellos, de la necesidad de haber sufrido operaciones, y si es posible, de la naturaleza de ellas. Trataremos de saber si ha tenido accidentes puerperales, traumatismos obstétricos del perineo ó lesiones en la vagina y órganos vecinos; si ha tenido embarazos durante el período de existencia constituida de su prolapsus, si después de sus partos ha seguido una conducta debida, etc., etc.

En la investigación de la herencia morbosa, tiene mucho interés la que se relaciona con el aparato genital de sus parientes. Se inquirirá si el prolapsus es frecuente en la familia; si algunos



miembros de ella presentan hernias, congénitas ó fácilmente adquiribles, etc., etc.

Si la mujer es unípara ó nulípara, se buscará la existencia de los accidentes que más comúnmente causan en éstas los prolapsus: retro-desviaciones, metritis, tumores pélvicos, etc., etc.

Como complemento de esta exploración, se revisarán todos los órganos abdominales susceptibles de luxarse ó de caer sobre el útero: ya el lector tiene conocimiento de aquella mujer que observé en Veracruz, con un prolapsus uterino irreductible, causado por la presión del hígado caído en la pelvis.

De los exámenes anteriores debemos llegar á deducir la etiología directa de la afección. Sabremos si el útero se cayó por falta de resistencia vaginal ó perineal, si fué por alteraciones de su estructura ó por desviación de sus ejes, ó si la causa se halla en la elongación y atrofia de sus ligamentos.

La mayoría de las veces estas causas se combinan y sucede, por ejemplo, que la multiplicidad de los partos y la mala asistencia durante el período de involución, á la vez que elongan y adelgazan los ligamentos uterinos, aflojan, rompiendo los medios de fijeza, la vagina, y debilitan el piso pélvico, desgarrando el perineo.

Pero la sagacidad del clínico, disociará el cúmulo de los datos adquiridos y le permitirá llegar á las verdaderas conclusiones, declarando la naturaleza única ó las naturalezas combinadas del caso especial que estudia.

Vamos comprendiendo ya, que el estudio y tratamiento lógico de los prolapsus uterinos, tan desprestigiado por los malos cirujanos, es un tema de alta Ginecología, digno de la preocupación y de la labor de los verdaderos y efectivos médicos ginecólogos.

Hemos logrado obtener ya todos estos datos: el prolapsus uterino es una afección que debe siempre curarse y nunca abandonarse; la enferma que estudiamos tiene un prolapsus uterino, cuya naturaleza, etiología y patogenia nos son perfectamente conocidos; pasemos ahora á este punto:

*El reconocimiento clínico del tumor que constituye el prolapsus, debe ser extraordinariamente cuidadoso.*

No quiero ocuparme del diagnóstico de la existencia real de un prolapsus del útero: admito que todos mis lectores tienen suficientes conocimientos para no confundir un útero en prolapsus,

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

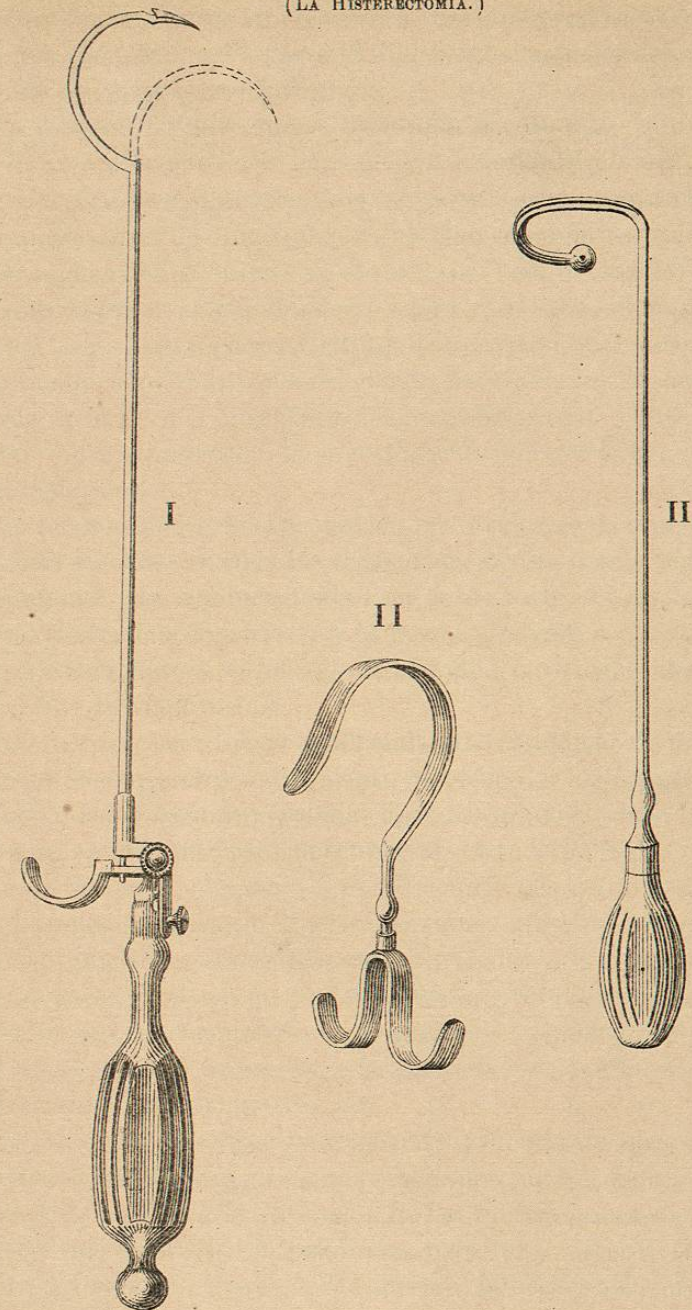


Fig. 47.—I. Aguja para suturas peritoneales profundas.  
II. Erigna para extracción de fibromas.  
III. Sonda acanalada vaginal





con un tumor uterino, una inversión, una hipertrofia cervical simple, etc., etc. Por otra parte, el diagnóstico esencial del prolapsus no ofrece ninguna dificultad.

La primera cuestión que se debe plantear es esta:

¿El caso presente de prolapsus está complicado ó no? Es decir: ¿en el proceso dinámico, hay algún otro proceso extraño á él?

La existencia de un neoplasma uterino concomitante, la infección supurativa del útero, de sus anexos ó del para-metrium, el estado de grave alteración de la vejiga y del recto, ó la gangrena del tumor, son fáciles de distinguir en casi todos los casos. Las ulceraciones inflamatorias del cuello, podrían simular un carcinoma de él; pero el diagnóstico es poco dificultoso: la acción ulterior del tratamiento ó la investigación microscópica, aclararán las dudas.

La irreductibilidad del prolapsus, no es siempre de una demostración sencilla. Pueden los trastornos locales que la producen ser fugaces y la irreductibilidad ser transitoria; ó bien desarrollarse fenómenos constantes y la irreductibilidad ser permanente. Al buen examen y atento juicio del clínico corresponden aclarar estas circunstancias.

Una vez convencidos de la normalidad ó complicación del prolapsus, pásemos al reconocimiento metódico de los órganos que afecta y de las regiones vecinas. Estudiemos en el útero la posición y el estado funcional; buscaremos la situación de los anexos y las alteraciones que hayan podido sufrir; el estado preciso de las paredes vaginales y de sus conexiones músculo-membranosas; la dirección y resistencia de las paredes vesical posterior y rectal anterior; el estado de los músculos profundos de la pelvis y de los ligamentos uterinos y vaginales; la amplitud y resistencia del perineo; la extensión y profundidad de las laceraciones cicatrizadas, si existen, etc., etc.

En caso de un prolapsus complicado, procuremos alcanzar los límites de los neoplasmas y sus relaciones con los órganos y tejidos circunvecinos; la extensión de las infiltraciones sépticas ó específicas; el estado del peritoneo, parietal y visceral; el principio del estado general de la enferma; la resistencia probable de su vitalidad, etc., etc.

Todos estos datos deben llevarnos al descubrimiento de los órganos, regiones y tejidos que nos puedan ofrecer auxilios y ventajas, en el momento de la intervención operatoria; así como al de los órganos, regiones y tejidos de los que debemos desconfiar ó preservarnos.